



División de Salud Licencias y Regulación, Junta de Centros de Atención Médica, Licencia

IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DEL SUSTITUTO

I, _____ han identificado _____
Nombre de la impresión del médico señalado Nombre de la impresión del sustituto

como responsable sustituto para _____, de acuerdo con los criterios abajo.
Nombre de la impresión del paciente

Identidad e información de contacto sustitutas:

Relación al paciente: _____ Teléfono de casa:(_____)
Dirección: _____ Teléfono del trabajo:(_____)
_____ Teléfono móvil:(_____)
_____ Otro:(_____)

Los criterios consideraban en la identificación del sustituto (marque todos que se apliquen):

- checkbox cuidado especial y preocupación de los objetos expuestos por paciente
checkbox familiar con los valores personales/los deseos del paciente
checkbox razonablemente disponible
checkbox el querer servir
checkbox capaz de actuar de acuerdo con intereses sabidos de los deseos del paciente los mejores
checkbox contacto regular con antes de/durante del paciente enfermedad
checkbox capaz de visitar al paciente durante enfermedad
checkbox disponible para el contacto cara a cara con los proveedores
checkbox capaz de participar en el procedimiento de toma de decisión

_____ La firma del médico Fecha/Hora

Individuos en el desacuerdo? checkbox Si checkbox No Si sí, explique por favor: _____

Aceptación del sustituto: Acuerdo servir como responsable sustituto para el paciente nombrado arriba y la capaz y queriendo de tomar decisiones médicas en nombre el paciente.

_____ La firma del sustituto Fecha/Hora

Si ningún sustituto puede ser identificado, el médico señalado (_____) puede tomar las decisiones de la atención sanitaria para el paciente después de obtener una de las firmas siguientes:

Certifico que el médico señalado ha consultado con y ha obtenido las recomendaciones del mecanismo de los éticas de la instalación:

Nombre de la impresión de la instalación representativos

Firma de los éticas de la instalación representativos

Fecha/Hora

Soy medico implicado no no directamente en el cuidado de paciente; No desempeño servicios en una capacidad de la toma de decisión, de la influencia, o de la responsabilidad sobre el médico señalado; No estoy bajo la toma de decisión, la influencia, o responsabilidad del médico señalado; y concurro en el plan del cuidado para este paciente.

Nombre de la impresión del segundo médico

Firma del segundo médico

Fecha/Hora